

O processo de trabalho da equipe de consultório na rua frente à pandemia da COVID-19

The work process of the office team on the street in the face of the COVID-19 pandemic

Bruna Victória da Silva Passos, Douglas Vieira de Oliveira, Márcia Astrês Fernandes, Joyce Soares e Silva, Nanielle Silva Barbosa, Olívia Dias de Araújo, Sandra Cristina Pillon

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção da equipe de Consultório na Rua sobre o processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19. **Método:** foi conduzida uma pesquisa qualitativa com oito profissionais da equipe do Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro, entre setembro e novembro de 2020. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado. Os depoimentos foram gravados em áudio e vídeo, sendo posteriormente transcritos e submetidos à Análise Temática conforme a metodologia proposta por Minayo. **Resultados:** os resultados relativos às experiências e vivências dos profissionais do Consultório na Rua no atendimento durante a pandemia da COVID-19 foram organizadas em duas categorias temáticas: Reflexos da pandemia da COVID-19 no processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua e Saúde física e psicoemocional dos profissionais da equipe do Consultório na Rua durante a pandemia da COVID-19. **Considerações finais:** a pandemia da COVID-19 impôs desafios significativos ao processo de trabalho, exigindo adaptação ao novo contexto sanitário e à gestão de recursos limitados. Além disso, a saúde física e psicoemocional dos profissionais foi severamente impactada. Este estudo contribui para a identificação dos desafios enfrentados e das estratégias de enfrentamento adotadas pela equipe, oferecendo subsídios para a formulação de políticas públicas de saúde e sociais que sejam adaptadas à realidade do Consultório na Rua e às necessidades dos profissionais responsáveis pela assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de saúde. População em Situação de Rua. Atenção à Saúde; Pandemias. COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to understand the *Consultório na Rua* team's perception of the work process during the COVID-19 pandemic. **Method:** Qualitative research with eight professionals from the *Consultório na Rua* team in a capital city in the northeast of Brazil, between September and November 2020. A semi-structured interview guide was used. The statements were recorded in audio and video and later transcribed and subjected to thematic analysis according to Minayo. **Results:** The results in relation to the experiences of *Consultório na Rua* professionals in providing care during the COVID-19 pandemic were grouped into two thematic categories: the effects of the COVID-19 pandemic on the work process of the *Consultório na Rua* team and the physical and psycho-emotional health of the *Consultório na Rua* professionals during the COVID-19 pandemic. **Final considerations:** The COVID-19 pandemic imposed challenges on the work process, requiring adaptation to the new health context and the management of limited resources. The physical and psycho-emotional health of professionals was also impacted. This study contributes to the identification of challenges and coping strategies for the team, which contributes to the formulation of public health and social policies adapted to the reality of HP and the professionals responsible for assistance.

KEYWORDS: Health Personnel. Ill-Housed Persons. Delivery of Health Care. Pandemics. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) enfrenta desafios significativos no acesso à informação e aos serviços de saúde. Sua fixação em um determinado espaço geográfico é um deles, tendo em vista a necessidade de deslocamento em busca de alimentação, trabalho e descanso. Por esses e outros motivos, uma população exposta às diversas vulnerabilidades¹. Desse modo, a PSR apresenta uma maior necessidade de cuidados em saúde por meio de serviços que articulem suas práticas às políticas públicas, dentre elas a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR)^{2,3}.

A PNPSR contribuiu para a implantação do Consultório na Rua (CnaR), em 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). As equipes tem caráter multidisciplinar e sua composição leva em conta a singularidade do território a ser implantado. Os CnaR visam ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde, oferecendo atenção de forma oportuna. Ademais, realizam ações com foco no cuidado e percebem cada indivíduo em sua integralidade, considerando suas particularidades e diferentes formas de existir^{4,5}.

Em 2020, os órgãos nacionais e internacionais voltaram a atenção à pandemia da COVID-19, sendo necessária as alterações nos fluxos de atendimento e nos processos de trabalho das equipes de saúde, incluindo as do CnaR. Observou-se uma tendência mundial, na qual as estruturas de cuidado de alta complexidade, os serviços hospitalares e as ações curativas, seguindo o modelo biomédico e hospitalocêntrico, foram priorizados em detrimento da atenção integral com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde^{6,7}.

Os processos de trabalho do CnaR precisaram ser revisados. Antes do cenário da pandemia era possível transportar os usuários em um mesmo veículo, realizar atividades em grupo, promover encontros, ter contato físico, como abraço, toque e aperto de mão⁸. A rápida disseminação do vírus pelos continentes e o aumento exponencial dos casos de infecção e óbito limitaram a realização dessas ações. A assistência à saúde da PSR passou a enfrentar mais uma barreira, além das invisibilidades do cuidado já existentes^{9,10}.

Diante desta conjuntura questiona-se como se deu o processo de trabalho das equipes do CnaR em face da COVID-19? Assim, o estudo tem como objetivo compreender a percepção da equipe de CnaR sobre o processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa norteado pelo referencial metodológico proposto por Minayo (2014). Esse modelo trabalha com o universo dos significados, emoções, motivos, inspirações, valores e atitudes. Para sua estruturação foram

consideradas as recomendações do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹¹.

A pesquisa foi conduzida com a equipe do CnaR, em uma capital do Nordeste brasileiro. O referido serviço oferta a atenção integral e oportuna à saúde da PSR, a partir da abordagem dos problemas de saúde e sociais, bem como é responsável por realizar as ações compartilhadas e integradas à UBS, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos Serviços de Urgência e Emergência (SAMU) e a outros pontos de atenção da rede de saúde. A equipe possui cerca de 1340 usuários cadastrados.

A população elegível como participante do estudo foi composta pelos oito profissionais da equipe, sendo uma assistente social, dois educadores sociais, uma enfermeira, uma técnica de Enfermagem, um médico, um psicólogo e um motorista. O critério de inclusão foi ser trabalhador da equipe de CnaR e ter atuado durante a pandemia da COVID-19. Foram excluídos aqueles que se encontravam afastados de suas atividades no período da coleta de dados, por motivos de licença ou férias. A amostra considerada para o estudo foi censitária.

A etapa de coleta dos dados foi realizada entre os meses de setembro e novembro de 2020, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado composto por questões relativas às vivências e experiências da equipe no contexto da COVID-19, ao cotidiano e desafios do processo de trabalho e à saúde física e psicoemocional.

Previamente ao início da coleta dos dados, os pesquisadores se reuniram junto à equipe do CnaR, com o propósito de apresentar os objetivos e convidar os profissionais para participar do estudo.

As entrevistas individuais aconteceram remotamente, via *Google Meet*®, com permanência apenas do participante e do pesquisador, sendo gravadas em áudio e vídeo (tempo médio de 35 minutos por entrevista) e, posteriormente, transcritas na íntegra. Também foi utilizado um diário de campo para o registro de observações pertinentes no decorrer das entrevistas. Foi utilizada uma codificação numérica e sua discriminação mantida em sigilo (Entrevistado 01, Entrevistado 02 ... Entrevistado 08).

Após o processo de transcrição das entrevistas, essas foram enviadas aos participantes para a validação dos dados, de forma que nenhum solicitou as correções e/ou modificações em seus depoimentos.

Os dados foram organizados com base na operacionalização da Análise Temática, que se desdobrou nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos¹².

A pesquisa foi autorizada pela Fundação Municipal de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI (parecer n.º 4.277.998; CAAE n.º 37152720.1.0000.5214). A coleta dos dados somente ocorreu mediante o convite, discussão dos

objetivos, esclarecimento dos procedimentos metodológicos, os riscos e os benefícios do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, pelo participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados em relação às experiências e vivências dos profissionais do CnaR no atendimento durante a pandemia da COVID-19 foram agrupados em duas categorias temáticas: Os reflexos da pandemia da COVID-19 no processo de trabalho da equipe do CnaR e, A saúde física e psicoemocional dos profissionais da equipe do CnaR durante a pandemia da COVID-19.

Os reflexos da pandemia da COVID-19 no processo de trabalho da equipe do CnaR

Como impacto inicial da pandemia, foi relatada a fragilidade da gestão no enfrentamento de um contexto de saúde e social totalmente novo. Além disso, a pandemia da COVID-19 acentuou as fragilidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) quanto à assistência à PSR.

“No começo não tinha muito o que fazer e a gestão estava perdida, porque não se sabia muito. Não existia o fluxo em relação ao que fazer. A equipe estava toda perdida. Mas mostrou a vulnerabilidade da Rede de Atenção à Saúde e como não são preparadas para esses usuários” (Entrevistado 02).

No decorrer da pandemia da COVID-19, as funções desempenhadas pela gestão dos serviços de saúde e assistência social tornou-se crucial e se deparou com dificuldades, exigindo do gestor a rápida tomada de decisões para o planejamento estratégico das ações de enfrentamento, considerando as particularidades do território e seus contextos sociopolíticos¹³.

Entretanto, esse processo foi permeado pela escassez de recursos, proveniente da redução do financiamento do sistema de saúde, aprofundada pela aprovação da Ementa Constitucional nº 95/2016¹⁴. Além disso, as condições de trabalho precárias enfrentadas pelos profissionais de saúde também constituíram elementos que geraram tensões entre a gestão e a equipe. Nessa perspectiva houve o aumento da pobreza e redução da qualidade da assistência à saúde. Além disso, com o aumento do número de casos da COVID-19 acredita-se que esse sistema ficou mais sobrecarregado, culminando em colapsos em determinadas áreas¹⁵.

O número de casos e óbitos por conta da doença trouxe à tona a importância de se ter uma rede de saúde bem preparada, capaz de atender às demandas da população, inclusive em situações de emergência em Saúde Pública. Destaca-se que a PSR, antes da pandemia, já se encontrava em situação de vulnerabilidade¹⁶.

Embora exista uma Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em 2009, os serviços de albergamento e assistência à saúde não dispõem de estrutura e de recursos humanos para o atendimento adequado. Ademais, não mantém as relações bem estruturadas

com a rede de Atenção Primária. Assim, o aumento dos casos da COVID-19 exacerbou ainda mais as diferenças sociais no acesso às políticas públicas e à assistência de qualidade¹⁷.

Os profissionais relataram que durante a pandemia da COVID-19 houve mudanças no seu processo de trabalho. Uma delas relacionou ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), alterações nas escalas e nas rotinas dos profissionais e, o consequente aumento da carga de trabalho em virtude do fechamento dos serviços de Albergue e Restaurante Popular. A assistência a PSR também sofreu mudanças significativas.

“A gente teve que mudar totalmente a forma do nosso trabalho, principalmente a proteção. A gente foi se analisar e percebeu que a gente era negligente quanto ao uso do EPI” (Entrevistado 03).

“A minha forma de trabalhar não mudou. Só a parte da segurança. Tem que usar luvas, álcool, máscara [...] todos os EPI” (Entrevistado 08).

“A gente segue uma rotina de trabalho para diminuir a exposição da equipe. Antes trabalhávamos o dia inteiro, todos os dias estávamos juntos. Como são oito pessoas, já é um número alto. Foi então que resolvemos pedir a elaboração de uma escala” (Entrevistado 02).

“Inicialmente, o Restaurante Popular foi fechado e o Albergue. O Centro Pop parou as atividades também. Então, o único dispositivo que ficou funcionando foi o Consultório na Rua. Pegamos algumas funções e responsabilidades que não eram nossas, por exemplo, alimentação e higiene” (Entrevistado 06).

“O grande desafio foi fazer anamnese, exame físico, sem está próximo. Você acaba transmitindo para o usuário a sensação de exclusão” (Entrevistado 03).

Para atender às novas demandas advindas da pandemia, o processo de trabalho em saúde precisou ser readequado em consequência das restrições logísticas, incluindo a utilização de escalas para evitar as aglomerações entre os profissionais¹⁸. O uso dos EPI, aliado às medidas de higiene e desinfecção, se mostrou, de fato, decisivo para prevenir a disseminação do coronavírus entre os trabalhadores de saúde¹⁹.

Observou-se que a assistência à saúde da PSR foi comprometida. Em outros casos foi possível a utilização da telemedicina para proporcionar a continuidade do cuidado em saúde e a maior proteção dos profissionais e usuários. Contudo, esse método se deparou com as limitações uma vez que em situação de rua são diversas as barreiras que impedem o uso de soluções tecnológicas. Os profissionais responsáveis pelo atendimento à PSR estavam mais vulneráveis, considerando a inviabilidade do acompanhamento remoto desses usuários²⁰.

Sempre houve problemas relacionados aos equipamentos públicos de Assistência Social e da rede conveniada. Historicamente, esses equipamentos padecem com as estruturas precárias e os recursos humanos limitados, o que foi agravado pela pandemia da COVID-19²¹. Como consequência, houve a sobrecarga de um serviço em detrimento de outro, o que além de reduzir o rol de atividades e serviços a PSR, contribuiu para as altas no processo de trabalho da equipe do CnaR, resultando em um possível adoecimento desses trabalhadores.

Outra mudança mencionada foi a criação de um abrigo que passou a acolher a PSR nos primeiros meses da pandemia.

“Surgiu a proposta do abrigo para o atendimento desses usuários. Só que [...] na realidade, não funciona muito. Não tem como deixar esse usuário preso dentro de uma instituição. Ele não vai ficar lá. Acho que soa como uma violência e desconhecimento desse público” (Entrevistado 01).

“Por mais que tenham sido abertos dispositivos, por parte da prefeitura, adaptado locais para acolher essas pessoas, não foi pensado sobre a vontade delas. Se preferiam ficar na rua. Então, como fazer? O que fazer?” (Entrevistado 03).

O poder público emitiu recomendações para o atendimento e o acolhimento emergencial da PSR no contexto da pandemia da COVID-19, com o objetivo de intensificar as ações para garantir o acesso amplo, integral, simplificado e seguro aos serviços²².

Dentre as medidas adotadas, o município em questão estabeleceu uma estrutura composta por alojamentos, estandes administrativos, banheiros e uma área destinada ao atendimento em saúde em um estádio. No entanto, a falta de conhecimento sobre as especificidades dessa população dificultou a implementação eficaz dessas ações. Essa falha decorreu das seleções emergenciais realizadas pelo Ministério Público e pela prefeitura, que resultaram na inclusão de profissionais não capacitados para lidar com a PSR durante a pandemia²³.

A PSR está vulnerável à violência institucional, que se manifesta nas instituições por meio de burocracias, regras e normas que reforçam as estruturas sociais injustas. Essas práticas frequentemente desconsideram as necessidades individuais em favor da coletividade. Nesse contexto, observa-se que a singularidade dos usuários em situação de rua, especialmente aqueles que utilizam substâncias psicoativas e/ou têm diagnóstico de transtornos mentais, não foi devidamente considerada. Isso evidencia a fragilidade das políticas públicas de saúde voltadas à essa população²⁴.

A participação ativa dos serviços e equipes do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em especial os Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centros Pop), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e as equipes de Abordagem Social é crucial. Entretanto, tais serviços reduziram suas atividades no início da pandemia e quando houve a reabertura, os atendimentos não foram voltados às Políticas de Redução de Danos, o que embasa o atendimento socioassistencial²⁵.

Os entrevistados caracterizaram as medidas de enfrentamento da pandemia, incluindo a triagem para os sintomas e as ações de educação em saúde entre a PSR.

“De início foi feito o rastreamento dos usuários para ver quem estava sentindo algum sintoma viral” (Entrevistado 01).

“A questão educativa toda a equipe começou a trabalhar. Sobre a questão da pandemia. Tirando as dúvidas deles e desmistificando sobre o uso de máscara porque muitos diziam

que a doença não existia. A questão maior foi orientar e escutar para diminuir um pouco o risco deles ficarem doentes” (Entrevistado 03).

“O monitoramento de área fazíamos muito. Levantamento de aglomerações onde tinha muitas pessoas em situação de rua. Fazia mais a questão da orientação” (Entrevistado 04).

O impacto sanitário, social, econômico e político causado pela pandemia contribuiu para o aumento da desinformação, frequentemente referido por autores como “desinfodemia”. Para uma melhor compreensão e mitigação da desinfodemia, é necessário investir na disseminação de informações fundamentadas em conhecimento científico sólido²⁶. Como característica das desigualdades sociais, constatou-se que a PSR enfrentou dificuldades no acesso à informação verificável, confiável e em tempo oportuno²⁷. Esta foi uma preocupação demonstrada pelos participantes, que buscaram as alternativas para conscientizar e manter informada essa população sobre a COVID-19.

Medidas semelhantes foram adotadas em Belo Horizonte, Minas Gerais, como a elaboração e divulgação de cartazes sobre o autocuidado, higiene individual, medidas de prevenção e orientações sobre os sintomas da COVID-19, dispensados entre os moradores de vilas, favelas, aglomerados, ocupações urbanas e abrigos de proteção aos idosos. Além disso, foram promovidas as ações em locais de grande concentração da PSR²⁸.

Um dos colaboradores relatou que houve a diminuição do transporte dos usuários pelo veículo do CnRua, evitando as aglomerações.

“A gente quase não está transportando os pacientes, os usuários, por questão de segurança” (Entrevistado 04).

Foram fornecidos os materiais de higiene, além da distribuição de máscaras e de alimentos para a PSR atendida.

“A gente conseguiu lanches e sabão líquido para distribuir na rua” (Entrevistado 02).

“Tivemos que se reorganizar, principalmente em outras prioridades, como o acesso à alimentação, albergamento e outros serviços que compõe a rede” (Entrevistado 08).

Devido às medidas restritivas impostas, a PSR enfrentou o agravamento do acesso a uma alimentação adequada, o que refletiu no aumento da insegurança alimentar²⁹. Como relatado anteriormente, o Restaurante Popular foi fechado, e as doações realizadas pela comunidade diminuíram, reflexo do isolamento social. Além disso, o acesso à água potável tornou-se ainda mais difícil.

A saúde física e psicoemocional dos profissionais da equipe do CnaR durante a pandemia da COVID-19.

Os participantes relataram o medo e as inseguranças que vivenciaram na linha de frente durante a pandemia da COVID-19, além da exacerbação de sintomas psicológicos preexistentes.

“Primeiro veio uma sensação de medo por conta da exposição. Já era grande quanto às outras doenças, como a tuberculose. Aí apareceu essa doença que não se sabia de nada. Fiquei muito nervosa” (Entrevistado 02).

“Todo mundo ficou paranoico no início. Todo mundo ficou apreensivo” (Entrevistado 04).

“Tudo foi muito novo para nós, inesperado e impactante, gerando um misto de sensações difíceis de lidar” (Entrevistado 07).

“Vieram as crises de ansiedade, aumento das crises gástricas, do refluxo. O corpo reage de acordo como você está. A dor de cabeça, veio” (Entrevistado 01).

“Fiquei bastante preocupado em relação a isso. Já faço tratamento para a ansiedade que foi desenvolvida durante meu trabalho no consultório, que já vem sendo bastante afetado. Houve alguns momentos em que eu não tinha coragem de ir trabalhar, mas a equipe sempre colocava outro profissional no meu lugar. Não podíamos parar. Foi bem complicado” (Entrevistado 02).

No início da pandemia, havia um conhecimento científico limitado sobre os desdobramentos da nova variante do coronavírus. Essa falta de informações contribuiu para o aumento de sentimentos negativos entre os profissionais de saúde, além de favorecer o surgimento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse³⁰.

Esses profissionais enfrentaram um risco elevado de infecção e adoecimento, testemunharam mortes em larga escala, e lidaram com ameaças e agressões. Além disso, o afastamento de familiares e amigos contribuiu para uma intensa sobrecarga, fadiga, frustração e sentimentos de inutilidade³¹.

Doenças infecciosas, como as causadas pelos vírus Ebola, HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Influenza, surgiram em diversos momentos da história e resultaram em pandemias ao redor do mundo. Nessas situações, as medidas de proteção e tratamento frequentemente são priorizadas, enquanto as implicações psicológicas e psiquiátricas são frequentemente negligenciadas³².

Outro ponto abordado foi a sensação de frustração ao longo do processo de trabalho, atribuída pelos colaboradores à ausência de fluxos de atendimento adequados para a PSR durante a pandemia.

“Vimos serviços parceiros pararem, cruzarem os braços, quebrou, dificultou o trabalho em rede, deixando a equipe angustiada” (Entrevistado 06).

“A gente sempre é “barrado” no tratamento das pessoas em situação de rua. Tratar com a assistência que a gente vem articulando na Rede (Rede de Atenção à Saúde) vem sendo dificultoso. Como é que eu poderia olhar para aquele rosto já triste, já abalado, abatido com uma nova doença que ninguém sabe muita coisa sobre ela? Era muito estranho a gente vê isso e ao mesmo tempo ter que ir buscar forças para poder passar segurança para eles” (Entrevistado 07).

“A equipe adoeceu mais psicologicamente porque a gente queria dar uma resposta logo, com pressões institucionais envolvidas, de polícia mesmo!” (Entrevistado 08).

Para garantir a igualdade e a equidade no atendimento à PSR, é importante que os serviços sejam responsabilizados de forma compartilhada, evitando a sobrecarga de apenas uma das equipes³³. Observou-se que a liderança do fluxo assistencial à PSR foi atribuída à

equipe do CnaR. Houve uma pressão por parte de órgãos fiscalizadores para que fosse cumprida, de forma rápida, as atribuições que não estavam originalmente no escopo do atendimento da equipe do CnaR. A principal limitação esteve relacionada à frágil articulação com as demais Redes de Atenção à Saúde e Centros Especializados no atendimento ao grupo, o que dificultou a criação de um fluxograma adequado para o atendimento da PSR durante a pandemia³⁴.

Os estudos de caráter qualitativo permitem explorar a profundidade e a complexidade das experiências humanas; no entanto, apresentam algumas limitações. A generalização dos resultados para as populações mais amplas é limitada devido ao tamanho reduzido da amostra. Além disso, a produção científica incipiente na área não oferece uma base sólida para embasar a discussão dos achados. Ademais, a coleta de dados realizada de forma remota dificulta a observação da linguagem corporal dos entrevistados e não permite o controle sobre as interferências do ambiente, bem como de possíveis distrações. Pontua-se ainda que a falta de privacidade ou dificuldades tecnológicas podem influenciar no comportamento dos participantes, comprometendo a veracidade das respostas.

O estudo contribui para a identificação dos desafios e das estratégias de enfrentamento adotadas pela equipe do CnaR durante a pandemia da COVID-19. Os *insights* obtidos podem auxiliar na formulação de políticas públicas de saúde e sociais mais bem adaptadas à realidade da PSR e aos profissionais responsáveis pela assistência.

Além disso, compreender as percepções dos profissionais pode ajudar a identificar as áreas que necessitam de formação e suporte, além de evidenciar a necessidade de intervenções voltadas para promover a saúde mental e ocupacional desses trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou que a pandemia da COVID-19 impôs desafios significativos ao processo de trabalho da equipe do CnaR, evidenciando a necessidade de uma adaptação rápida às novas exigências sanitárias e à gestão de recursos limitados. As equipes relataram uma intensificação da carga de trabalho e as dificuldades logísticas, que foram exacerbadas pela vulnerabilidade da população atendida.

A implementação de novas práticas de segurança e a necessidade de flexibilização dos métodos de atendimento foram cruciais para a continuidade do suporte à PSR, evidenciando a resiliência e a capacidade de adaptação dos profissionais. No entanto, essas mudanças também destacaram as questões relacionadas à adequação das políticas públicas e ao suporte institucional, ressaltando a importância de uma estrutura de saúde pública mais preparada para enfrentar as emergências.

Paralelamente, a saúde física e psicoemocional dos profissionais foi profundamente impactada durante a pandemia. O aumento do estresse, a exposição constante ao risco de infecção e a pressão para manter um elevado padrão de cuidado, sem os recursos adequados, contribuíram para um significativo desgaste emocional. Os relatos indicaram a necessidade urgente de intervenções voltadas à saúde mental dos trabalhadores, incluindo suporte psicológico contínuo e medidas para minimizar a sobrecarga de trabalho. Essas conclusões sublinham a importância de investir na saúde integral dos profissionais de saúde, o que é essencial para garantir a manutenção de um serviço de qualidade e sustentável.

Ao compreender a percepção desses profissionais sobre o processo de trabalho em um contexto de crise sanitária sem precedentes, o estudo permite conhecer com maior profundidade e subjetividade as adaptações, desafios e oportunidades vivenciadas no cotidiano da equipe. Os resultados obtidos podem elucidar os impactos da pandemia da COVID-19 sobre a dinâmica do CnaR, a relação com os usuários e a qualidade dos serviços ofertados, enriquecendo o corpo teórico-prático sobre o trabalho da equipe e ampliando a compreensão sobre a resiliência e a capacidade de adaptação dos profissionais aos cenários de crise.




REFERÊNCIAS

1. Oliveira A, Guizard FL. Developing policies for the inclusion of homeless people: advances and challenges of intersectoriality in health and social assistance policies. *Rev Saúde e Sociedade* [internet]. 2021 [acesso em 2024 jun. 24]; 29(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190650>
2. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. Access to health services by the Homeless Population: an integrative review. *Saúde e Debate* [internet]. 2022 [acesso 2024 jun 21]; 46(132). DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216> .
3. Machado RWG. The construction of National Policy for homeless population. *Rev Temporalis* [internet]. 2020 [acesso 2024 jun 24]; 39(20). DOI: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2020v20n39p102-118> .
4. Brasil. Decreto nº. 7.508, de 18 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 jun.
Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
5. Borysow IC, Oda, WY, Furtado, JP. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [internet]. 2023 [acesso 2024 jun 21]; 33(e33042). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333042>.
6. Fernandez M, Lotta G, Passos H, Cavalcanti P, Corrêa MG. Working conditions and perceptions of nursing professionals who work to cope with covid-19 in Brazil. *Rev Saúde e Sociedade* [internet]. 2021 [acesso 2024 jun 24]; 30(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021201011>.

7. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AM, Pereira RAG, et al. The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19. *Rev Saúde em Debate* [internet]. 2020 [acesso 2024 jun 21]; 44(4): 1-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1286> .
8. Macedo, JP, Sousa AP, Carvalho, AV. Population in street situation: team work and intersectionality. *Rev Psicol e Saúde* [internet]. 2020 [acesso 2024 jun 21]; 12(4):159-74. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.943>
9. Valle FAAL, Farah BF. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Rev Physis: Rev Saúde Colev* [internet]. 2020 [acesso 2024 jun 21]; 30(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>.
10. Santos ETA, Sarreta FO. Homeless population in the pandemic: unfolding of the capital crisis. *SER Social* [internet]. 2022 [acesso 2024 jun 25]; 25(51):364-84. DOI:<http://dx.doi.org/10.26512/sersocial.v24i51.42539>
11. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para o português brasileiro e avaliação do checklist COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021 [acesso 2024 jun 21];34:eAPE02631. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
12. Minayo, MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Rev Cien Saúde Col* [internet]. 2012 [acesso 2024 jun 20];17(3): 621-6DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
13. Castro JL, Magnago C, Belisário SA, Ribeiro SS, França T, Pinto ICM. The management of the COVID-19 pandemic and its repercussions for the SUS manager. *Rev Saúde Socied* [internet]. 2023 [acesso 2024 jun 21];32(2): e230491en. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230491en> .
14. Mendes A, Carnut L, Melo M. Continuum of public health dismantling during the covid-19 crisis: Bolsonaro's neofascismo. *Saúde Socied* [internet]. 2023 [acesso 2024 jun 21]; 32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt>
15. Lourenção LG. A covid-19 e os desafios para o sistema e os profissionais de saúde. *Enferm em Foco* [internet]. 2020 [acesso 2024 jun 21]; 11(1): 6-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.3488>
16. Alves MTG. Reflections on the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Med Família Comunid* [internet]. 2020 [acesso 2024 jun 21]; 15(42): 2496. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496)
17. Albuquerque MV, Ribeiro LHL. Inequality, geographic situation, and meanings of action in the COVID-19 pandemic in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2020[acesso 2024 jun21] 36(12): DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208720> .
18. Machado MH, Campos F, Haddad AE, Neto PMS, Machado AV, Santana, VG, et al. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciencia & Saude Coletiva* [internet]. 2023 [acesso 2024 jun 21]; 28(10):2773–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023EN>
19. Martin CA, Pan D, Nazareth J, Aujayeb A, Bryant L, Carr S, et al. Access to personal protective equipment in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom: results from a nationwide cohort study (UK-REACH). *BMC Health Services Research*. 2022 [acesso 2024 jun 21]; 22(1):867. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08202-z>
20. Duarte LG, Seixas CT, Junior HS, Sayuri M. Entre territorios pandémicos: cartografía de un Consultorio en la Calle durante la pandemia de Covid-19. *Reciis*. 2024 [acesso 2024 jun 20]; 18(1):17–31. DOI: <https://doi.org/10.5694/mja2.50571>

21. Boschetti I, Behring ER. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? Serviço Social & Sociedade [Internet]. 2021; (140):66–83. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>
22. Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19 Informações e Recomendações [Internet]. 2020. Available from: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/Atendimento_e_Acolhimento_Emergencial.pdf
23. Brito C, Silva LN da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2022 [acesso 2024 jun 21];27(1):151–60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>
24. Dantas LEL. Homeless population and the city: an analysis of the re-signification of urban spaces. Cadernos Metrópole [Internet]. 2021 [acesso 2024 jun 21]; 23:651–76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2021-5109.e>
25. Valle FAAL, Farah BF, Carneiro Junior N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. Saúde em Debate [Internet]. 2020 [acesso 2024 jun 21]; 44:182–92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
26. Andrade R de, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde em Debate [Internet]. 2022 [acesso 2024 jun 1]; 46:227–39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
27. Floss M, Tolotti G, Rossetto A dos S, Camargo TS de, Saldiva PHN. Linha do tempo do “tratamento precoce” para Covid-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2023 [acesso 2024 jul 2];27. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210693>
28. Relatório Anual de Gestão 2020. [Internet] 2020. Available from: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/rag-2020.pdf>.
29. Silva-Neto LGR, Bueno NB, Santos TLF dos, Queiroz JC de LS, Francelino JMA, Pureza IR de OM, et al. Avaliação da insegurança alimentar no contexto da COVID-19: associação com o auxílio emergencial e recebimento de doação de alimentos na população em vulnerabilidade social de uma capital do Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2023 [acesso 2024 jun 21]; (3):721–30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12352022>
30. Ghahramani S, Kasraei H, Hayati R, Tabrizi R, Marzaleh MA. Health care workers' mental health in the face of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2022 [acesso 2024 jun 21];1–10. DOI: <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2101927>
31. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain, Behavior, and Immunity [Internet]. 2020 [acesso 2024 jun 21]; 88:916–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
32. Bower M, Smout S, Donohoe-Bales A, O'Dean S, Teesson L, Boyle J, et al. A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2023 [acesso 2024 jun 21]. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1107560>
33. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Teixeira MB, Faria MGA, Silva CSSL, et al. O acesso da População em Situação de Rua aos serviços de saúde: utopia ou realidade? Rev. APS. 2023 [acesso 2024 ago 11]; 26:e262342196. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.42196>

34. Andrade R de, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde em Debate [Internet]. 2022 [acesso 2024 jun 21];46:227–39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Bruna Victória da Silva Passos	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	https://orcid.org/0000-0002-3135-2231	http://lattes.cnpq.br/6214677862518221
Douglas Vieira de Oliveira	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	https://orcid.org/0000-0002-5038-3439	http://lattes.cnpq.br/9446565235171372
Márcia Astrês Fernandes	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	https://orcid.org/0000-0001-9781-0752	http://lattes.cnpq.br/6802376957837801
Joyce Soares e Silva	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	https://orcid.org/0000-0001-6544-9632	http://lattes.cnpq.br/3555745322234080
Nanielle Silva Barbosa	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	https://orcid.org/0000-0001-5758-2011	http://lattes.cnpq.br/1573380751471631
Olívia Dias de Araújo	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	https://orcid.org/0000-0002-9974-4338	http://lattes.cnpq.br/7599144174676345
Sandra Cristina Pillon	Universidade de São Paulo (USP)	https://orcid.org/0000-0001-8902-7549	http://lattes.cnpq.br/0386683926064287
Autora correspondente	Bruna Victória da Silva Passos  brunavpassos@hotmail.com		

Metadados		
Submissão: 19 de agosto de 2024	Aprovação: 17 de março de 2025	Publicação: 15 de agosto de 2025
Como citar	Passos BVS, Oliveira DV, Fernandes MA, Silva JS, Barbosa NS, Araújo OD, Pillon SC. O processo de trabalho da equipe de consultório na rua frente à pandemia da COVID-19. Rev.APS [Internet]. 2025; 28 (único): e282545657.	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: BVSP, DVO, MAS. Análise ou interpretação dos dados: BVSP, DVO, MAS, JSS, NSB, ODA. Elaboração do rascunho: BVSP, DVO, MAS, JSS, NSB, ODA. Revisão crítica do conteúdo: BVSP, DVO, MAS, JSS, NSB, ODA, SCP. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início